



ESA Economic Services
Administration

**PLAN DE PAGOS POR MEDIO DE
AGENTE DE PROTECCIÓN, ASIGNACIÓN
DEL CASO Y AVISO DE CANCELACIÓN**
PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE
ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO) | 2. DATE |
| 3. SOCIAL WORKER/CASE MANAGER'S NAME | 4. TELEPHONE NUMBER |
| 5. CLIENT'S NAME | 6. AID TYPE |
| 7. CLIENT'S ID NUMBER | 8. CLIENT'S e-JAS ID NUMBER |
| 9. CLIENT'S AU ID NUMBER | 10. TELEPHONE NUMBER |
| 11. CLIENT'S ADDRESS | |

SECCIÓN I. ACCIÓN CONCERNIENTE AL CASO

- Asignación del caso, fecha de inicio: _____ Cambio del plan Revisión
 Finalización de la asignación del caso, fecha efectiva: _____

SECCIÓN II. RAZÓN PARA LA ASIGNACIÓN (MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA)

1. Padre/madre menor de edad (TANF/SFA). WAC 388-460-0040
 2. Debido a una emergencia, el pariente que proporciona cuidado no puede cuidar a los niños dependientes. (WAC 388-460-0030)
 3. Administración inadecuada de fondos. (WAC 388-460-0035)
 4. Otro (WAC 388-460-0035-3):

SECCIÓN III. PLAN DE PAGO – LLENE LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN (SI TIENE LA INFORMACIÓN)

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL ARRENDADOR | | 2. NÚMERO TELEFÓNICO DEL ARRENDADOR (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) () | |
| 3. DOMICILIO DEL ARRENDADOR | | 4. MONTO ACTUAL DEL ALQUILER/ PAGO \$ | |
| EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS | | PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS | |
| NOMBRE | | NOMBRE | |
| DIRECCIÓN | | DIRECCIÓN | |
| NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) () | | NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) () | |
| OTROS PAGOS O INSTRUCCIONES ESPECIALES | | | |

SECCIÓN IV. SELECCIÓN DEL AGENTE DE PROTECCIÓN

| | |
|------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL AGENTE DE PROTECCIÓN | |
| 2. DIRECCIÓN COMERCIAL DEL AGENTE | 3. NÚMERO TELEFÓNICO DEL AGENTE (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) () |

SECCIÓN V. FIRMA

| | |
|-------------------------|-------|
| 1. FIRMA DEL TRABAJADOR | FECHA |
|-------------------------|-------|

COMENTARIOS El cliente asistió El cliente no estaba disponible

Derechos del cliente y notificación concerniente al Plan de Pagos por Medio de Agente de Protección, DSHS 14-426

Notificación al cliente

Si se requiere la asignación a un agente de protección, se deberá notificar al cliente dentro de los diez (10) días a partir de la acción tomada.

Información sobre audiencia imparcial

Si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones, puede solicitar una audiencia imparcial. Para solicitarla, comuníquese con su oficina local o escriba a la Oficina de Audiencias Administrativas a: The Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Debe solicitar una audiencia imparcial antes de los 90 días a partir de la fecha en que recibió esta carta.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo/a. También puede representarle un abogado u otra persona que usted elija. Es posible que pueda obtener asesoramiento o representación legal gratuita. Para obtener mayor información llámenos, o bien, llame a la línea estatal de servicios legales al 1-888-201-1014.

También puede solicitar una revisión del caso. Esto no retrasará, ni reemplazará la audiencia imparcial y podría resolver el desacuerdo de una manera más rápida. Comuníquese con su oficina local para solicitar una revisión del caso.

Cláusula Antidiscriminatoria

Nuestros programas se proporcionan para todos, sin consideración de su raza, color, sexo, edad, discapacidad, creencias religiosas o políticas o país de nacimiento.